

In the name of Allah, the Most Gracious, the Most Merciful



Copyright disclaimer

"La faculté" is a website that collects copyrights-free medical documents for non-lucrative use.

Some articles are subject to the author's copyrights.

Our team does not own copyrights for some content we publish.

"La faculté" team tries to get a permission to publish any content; however, we are not able to contact all the authors.

If you are the author or copyrights owner of any kind of content on our website, please contact us on:
facadm16@gmail.com

All users must know that "La faculté" team cannot be responsible anyway of any violation of the authors' copyrights.

Any lucrative use without permission of the copyrights' owner may expose the user to legal follow-up.



Conduite à tenir devant une Diarrhée aigue

Pr Linda KECILI
Service de Gastroentérologie
CHU Mustapha Alger

Introduction

- Pathologie très fréquente
- En général bénigne, mais peut engager le pronostic vital, en raison du terrain ou des causes.
- Cause infectieuse = 80%
- Toxi-infections alimentaires sont extrêmement fréquentes et justifient une déclaration obligatoire.
- Traitement le plus souvent symptomatique.



- **OMS :**

- Emission > 3 selles/j, molles à liquides < 14 j
- Précédée d'un transit normal
- Ne récidive pas à court terme.

- **Distribution** : 2 pics = hivernal, estival
- **Cas sporadiques**
- **Cas groupés** : toxi-infection alimentaire collective (TIAC+++)

Contamination



Par voie digestive

- transmission féco-orale : +++
- pullulation microbienne dans les aliments
- multiplication d'un germe «commensal »dans le tube digestif (déséquilibre de flore)

Quels sont les mécanismes de la diarrhée aiguë ?

- Mécanisme invasif
- Mécanisme sécrétoire
- Mécanisme mixte

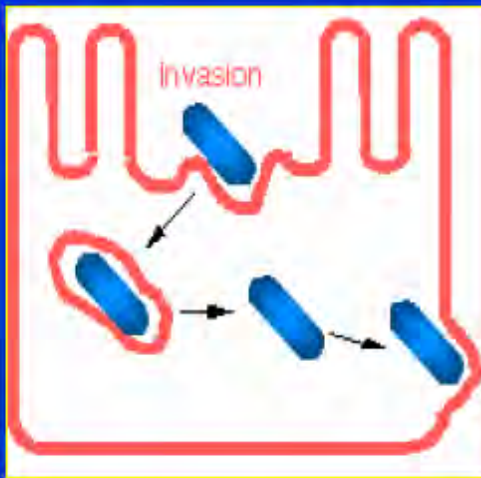
Diarrhée invasive

Germe entéro-invasif

Envahissement de la muqueuse

Destruction de la muqueuse

Réaction inflammatoire



Selles afécales (glairo-sanglantes)
Ténésme et épreintes, fièvre.

Syndrome dysentérique

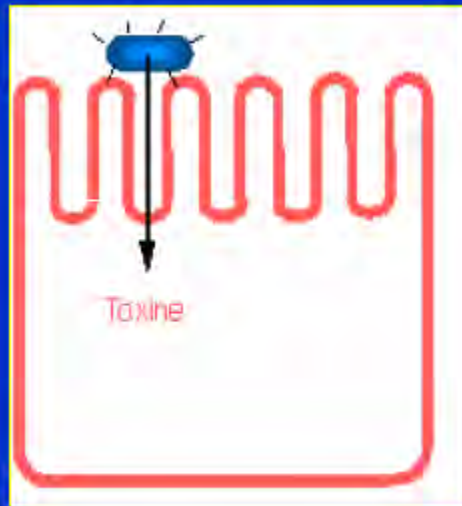
Complication : perforation,
hémorragie, colectasie,

Diarrhée sécrétoire

Synthèse d'une entérotoxine

Fuite liquidienne et électrolytes

Muqueuse intestinale intègre



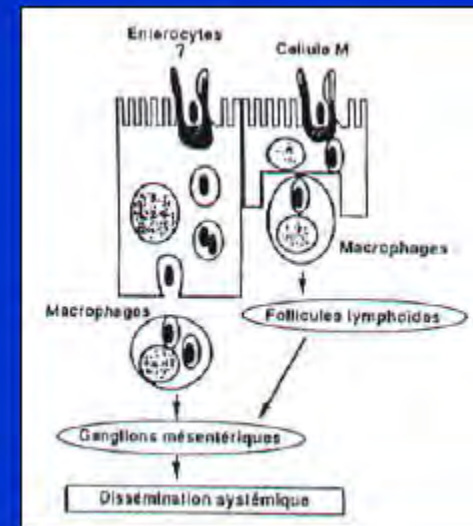
Selles aqueuses et abondantes.
Pas de fièvre

Syndrome cholériforme

Déshydratation ++

Mécanisme mixte

- Syndrome gastro- entéritique aigu
- Envahissement de l'entérocyte sans destruction
- Multiplication de la bactérie dans la sous-muqueuse
- Risque de diffusion systémique
- Type salmonellose



Démarche diagnostique

- Contexte de survenue
- Clinique
- Examens complémentaires

Circonstances de survenue

- Contexte épidémique
- Notion de voyage récent
- Vie en collectivité
- Prise de médicament
- Dernier repas
- Antécédents d'épisodes similaires
- Signes extra-digestifs

Terrain

- Age
- Etat immunitaire
- Comorbidité

Approche clinique

Caractéristiques de la diarrhée

- Nombre de selles
- Consistance
- Type : hydrique, glairo-sanglante , purulente
- Syndrome rectal
- Eliminer fausse diarrhée



Syndrome dysentérique, cholériforme

Examen physique

- Etat général
- Déshydratation voire état de choc +++
- Fièvre
- Douleurs abdominales
- Signes extradigestifs : articulaires, cutanés,.....

Examens complémentaires

Non systématiques

- Diarrhée sans facteurs de gravité : aucun examen
- Diarrhée + facteurs de gravité : hospitalisation
 - Appréciation du retentissement
 - Enquête étiologique

Diarrhée sans facteurs de gravité

- Diarrhée < 3 jours
- Non dysentérique
- Pas d'altération de l'état général
- Pas de co-morbidité



Aucun examen

Hospitalisation si :

- Personnes âgées, co-morbidité
- Diarrhée > 5j avec rectorragies
- Syndrome cholériforme avec altération EG
- Déshydratation sévère
- Fièvre >39°C
- Contexte épidémique ou endémique suspicion de toxi-infection alimentaire



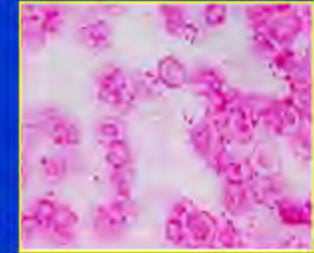
Bilan de retentissement

- Ionogramme, urée, créatinine
- CRP, FNS
- Biologique hépatique
- **ASP**

Douleur ou météorisme abdominale important (risque de mégacôlon toxique et de perforation).

- **Échographie abdominale et/ou TDM**
- **Recto-sigmoïdoscopie** + biopsies

➡ **Bilan étiologique**



❑ Sérologie et bactériologie

- Sérologies en fonction du contexte
- Hémocultures si fièvre
- Bactériologie de l'aliment suspect (TIAC++)

☐ Coproculture :

- Prélèvement frais
- Au mieux au laboratoire
- **Ensemencement** < 2h
- **Recherche systématique**
Salmonella, Shigella, Campylobacter, Yersinia
- **Milieus optionnels sur demande**
E. coli O157:H7, vibrion
Clostridium difficile et sa toxine, *Klebsiella oxytoca*



❑ Parasitologie des selles :



- Selles fraîches, au mieux au laboratoire
- 3 J de suite
- Examen direct + 2 techniques de concentration
- Milieux spécifiques :
 Lamblia, *Giardiase*, *Anguillulose*,

❑ Recherche de virus :

- Rotavirus (chez enfant)

Diagnostic étiologique

- **Infectieuses :**
 - Bactériennes : 80%
 - Parasitaires
 - virales
- **Médicamenteuses**
- **Inflammatoires** plus rarement
- **Intolérance alimentaire**
- **Ischémique** : exceptionnelle

Causes Bactériennes 80%

- **Diarrhées bactériennes invasives**

Syndrome dysentérique

- ✕ Shigelle
- ✕ Salmonelle
- ✕ Yersinia
- ✕ Campylobacter
- ✕ Escherichia coli
- ✕ Clostridium difficile

- **Diarrhées bactériennes sécrétoire**

Syndrome Cholériforme

Shigellose



- Espèces : S.Flexneri, S.Sonnei , S.Dysenteriae
- Réservoir : homme
- Contamination: mains sales (aliments souillés , inter-humaine)
- **Clinique**
 - Incubation 2 -5 j
 - Douleurs abdominales + **fièvre 39-40°**
 - Diarrhée glairo-sanglante
 - Rares manifestations neurologiques (convulsions)



Salmonellose mineure

- **Toxinfection alimentaire collective ++(TIAC)**
 - Oeufs, viandes, poissons,

Yersiniose

- *Yersinia entérolitica*
- Rare
- Réservoir : animal (oiseau, rongeur, bétail, porc..)
- Contamination : lait, légumes crus, **viande de porc+**
- **Clinique**
 - Incubation : 7-12j
 - Manifestations extra-digestives tardives : fièvre scarlatiniforme, érythème noueux, arthralgies.....



Campylobacter jéjuni



- 1^{ère} cause diarrhée /pays industrialisés
- Réservoir : volaille
- Contamination: interhumaine,aliments(lait cru, volaille)
- **Clinique**
 - Incubation : 1- 3 jours
 - Complication majeure : syndrome de Guillain-Barré
- Immunité acquise protectrice (IgA)

Echérichia Coli entéro-invasif

- Retour de voyage
- Transmission : féco-orale
- **Clinique**
 - Incubation : 48-72 heures.
 - Vomissements
 - Rares manifestations neurologiques

E. Coli entéro-hémorragique(0157/H7)



- Produit des vérotoxines et cytotoxines (shiga-like)
- Viande de bœuf mal cuite (hamburger,) lait cru, fromages
- **Clinique**
 - Incubation : 3 à 8 jours
- **Diagnostic** : coproculture milieu spécifique
- Complications : syndrome hémolytique et urémique



- **Diarrhées bactériennes sécrétoires**

Syndrome cholériforme

- ✖ Choléra

- ✖ Certaines TIAC

- Staphylococcus aureus

- Escherichia coli entérotoxigène

- Bacillus cereus

- Clostridium perfringens

Choléra



- 1961 : 7^{ème} pandémie *biotype* El Tor
- 1991: Amérique latine (1 millions cas)
- 1994 : Goma (Zaire) réfugiés rwandais 70 000 cas, 12.000 morts
- 2000 :
 - 11 000 cas en Asie
 - 120 000 cas en Afrique
- 1986 : Algérie (épidémie région ouest d'Alger -Zéralda)

Choléra



- Réservoir humain.
- Transmission : mains sales, vomissements, selles
- **Clinique** : syndrome cholériforme typique
 - Incubation: 1-7 jours
 - Pas de fièvre, déshydratation aigue
- **Diagnostic** : Contexte épidémique
 - examen direct des selles
 - coproculture
- **Traitement** : réhydratation

Toxi-infections alimentaires collectives (TIAC)



Syndrome dysentérique ou cholériforme

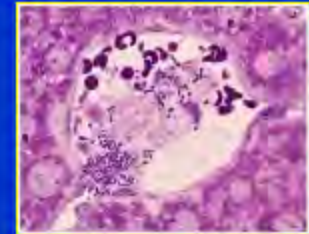
Qu'est-ce qu'une TIAC ?

- Apparition simultanée de troubles digestifs similaires chez au moins 2 personnes ayant consommé un repas en commun
- Toxine préformée ou sécrétée dans l'aliment
- Gravité : 10 %
- Mortalité : 0.06 %

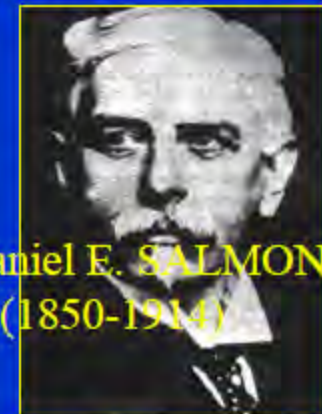
Principaux agents des TIAC

- **Salmonelles (75%)**
 - S.Enteritidis : oeufs et produits dérivés (mousse chocolat, pâtisseries, mayonnaise)
 - S.Typhimurium : viandes (hachées congelées), volailles
- **Staphylocoque doré (13%)**
 - Lait et produits laitiers
 - Plats ayant nécessité des manipulations
- **Clostridium perfringens (5%)**
 - Plats en sauce
- **Bacillus cereus (2%)**
 - toxine préformée dans les aliments

TIAC à Salmonelles mineures



- Réservoir : homme, animal (volaille+, oiseaux,...)
- Contamination: aliments (œufs, pâtisseries, glaces, viande)
- **Clinique : Syndrome dysentérique**
 - Incubation : 12 à 36 heures
 - Douleurs abdominales, vomissements
 - Fièvre élevée (39°C)
- **Complications** : septicémies, atteintes extra-digestives



Daniel E. SALMON
(1850-1914)

TIAC à Staphylocoque doré



- **Contamination**

- Lait et produits dérivés (fromages, glaces),
- Porteurs de staphylocoques sur les mains
- Tableau classique du cuisinier qui a un « panaris »

- **Clinique : syndrome cholériforme**

- Incubation courte : 2 à 4 heures
- Nausées , vomissements
- Douleurs abdominales
- Absence de fièvre

TIAC à *Clostridium perfringens*

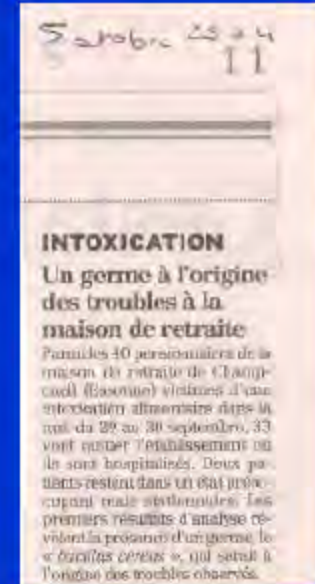


- Aliments mixés, plats en sauce préparés(++).
- viande mal cuite laissée à température ambiante
- **Clinique : syndrome cholériforme**
 - Incubation moyenne : 9 - 15 heures
 - Douleurs abdominales
 - Pas de fièvre, pas de nausées ni de vomissements
- **Complications** : parfois entéro-colites nécrosantes



TIAC à *Bacillus cereus*

- Viandes, volailles, riz frit
- **Clinique : syndrome cholériforme**
 - Incubation variable : 1 - 16 heures
 - Nausées , vomissements
 - Douleurs abdominales
 - Céphalées
- Isolement de *B. cereus* dans l'aliment en cause



CAT devant une TIAC pour le praticien (1)



- **Quels sont les gestes à faire ?**

Alerter la direction départementale de la santé

Faire conserver +4°C, les restes des repas

- **Traitement** : celui des diarrhées aiguës

CAT devant une TIAC pour le praticien (2)



- **Faut-il faire une coproculture ?**

- Pas obligatoire

- **Quels conseils aux patients ?**

- Règles d'hygiène: lavage des mains avant et après les repas et après le passage aux toilettes

- Retour au travail sans coproculture de contrôle dès la guérison clinique

- Désinfection des locaux : inutile



Prévention des TIAC



En restauration collective

- Respect des règles de transport, stockage et préparation des aliments
- Respect strict de la chaîne du froid et du chaud
- Utilisation de mayonnaise industrielle (œufs en poudre)
- Eviter un temps trop prolongé de l'aliment au contact de la température ambiante





En restauration familiale :

- limiter les risques liés à la consommation d'œufs crus ou peu cuits
 - Ne pas garder les œufs plus de 15j à 4°C
 - Pas d'œufs non cuits pour les personnes âgées et malades
 - Préparations à base d'œufs non cuits (mayonnaise, crèmes, mousse au chocolat, pâtisseries) à consommer rapidement et à maintenir au froid.
- Viandes hachées et volaille bien cuites





Diarrhée des voyageurs : "la turista"

- Diarrhée en zone tropicale ou au retour
- Pathologie la + fréquente: 50%...!
- **Bactérienne** plus que parasitaire
- **E. Coli entéro-toxigène** : syndrome cholériforme
- Shigelles, Salmonelles, Amibes...
- Début brutal, douleurs abdominales, parfois fièvre
- Antibioprophylaxie : non recommandée



Diarrhées post antibiotiques

- **Plus de 10 %**
- Liées au déséquilibre de l'écosystème, avec prolifération de souches exogènes ou endogènes
- Diarrhée le plus souvent bénigne, peu abondante et transitoire.
- Peut être sévère type pseudomembraneuse due à l'émergence d'un germe pathogène, surtout *Clostridium difficile* et *Klebsiella oxytoca*



Diarrhée à clostridium difficile



- **ATB en cause:** clindamycine, lincomycine,.....
- **Incubation :** 4-40 j
- **Syndrome dysentérique**
 - Douleurs, fièvre , AEG voire colectasie aiguë.
 - Hyperleucocytose, troubles hydro-électrolytiques.
- **Diagnostic :** mise en évidence du micro-organisme et de ses toxines dans les selles et/ou la mise en évidence de pseudomembranes lors d'une endoscopie recto-colique.
- **Traitement :** arrêt de l'antibiothérapie

Diarrhée à *Klebsiella oxytoca*



- Rare, plutôt après bêtalactamines.
- **Syndrome dysentérique**
- **Incubation** : 2-7 j
- Diarrhée hémorragique fébrile
- Coloscopie : suffusions hémorragiques et érosions surtout colon droit.
- **Traitement** : arrêt de l'antibiothérapie

Causes virales

- **Cytomégalovirus** : immunodéprimé ++.
- **Rotavirus**
Diarrhées aiguës du nourrisson et du jeune enfant (hiver ++).
Adulte
- **Enterovirus/ adénovirus:**
Poliovirus , Coxsackies A et B , Echovirus
Parvovirus , Réovirus



- Gastro-entérites à symptomatologie polymorphe
- 80% des diarrhées infantiles.
- Contexte d'épidémie ou contexte "pseudo-grippal".
- **Clinique :**
 - Hyperthermie, douleurs abdominales
 - Céphalées, myalgies, vomissements, atteintes ORL.
 - Durée 4-7 J avec risque de déshydratation
- Bénignes sauf si atteinte méningée associée
- Pas de sérologie en routine.
- **Traitement :** symptomatique

Causes parasitaires

Les plus fréquentes

- Amibiase : *Entamoeba histolytica histolytica*
- Bilharziose : *Schistosoma mansoni*
- *Giardia lamblia* ++, Trichinose

Amibiase



- **Entamoeba histolytica histolytica: seule forme pathogène**
- Séjour en zone tropicale ou subtropicale
- **Clinique**
Syndrome dysentérique typique (D. invasive)
- **Diagnostic** : parasitologie des selles, sérologie amibienne
 - Rectoscopie : ulcération en « coup d'ongle »
- Forme grave : colite aiguë nécrosante

Autres causes de diarrhée aiguë

Diarrhées médicamenteuses (en dehors des antibiotiques)



- AINS
- Tonicardiaques
- Laxatifs
- Biguanides
- Hypotenseurs (hydralazine)
- Ticlopidine
- Anti-uricémiants (colchicine)
- Antimitotiques
- Veinotoniques (Cyclo-3®) : colite lymphocytaire.

Autres



- **Allergique** : brutale, signes généraux et cutanés, éosinophilie
- **Mal digestion** : excès alimentaire (vomissements)
- **Intoxication par les fruits de mer** (coquillage).
- **Intoxication aux champignons** (syndrome phalloïdien)
- **Stress** : Diarrhée motrice

Prise en charge thérapeutique

Précautions particulières

- Mise au repos ± isolement (en cas de contexte de diarrhée bactérienne).
- Déclaration obligatoire :
 - fièvre typhoïde
 - toxi-infection alimentaire collective
 - choléra
 - botulisme

❑ Compenser les pertes hydro-électrolytiques

- Réhydratation par voie IV si déshydratation importante ou vomissements importants.
- Par voie orale : solutions OMS: (3,5 g de NaCl, 2,5 g de KCl, 2,5 g de bicarbonate de sodium et 20 g de glucose dans 1 litre d'eau)
- Puis réalimentation progressive, sans résidus (eau de riz, soupe de carotte, éviction du lait)





☐ Les antiseptiques intestinaux

Peuvent être prescrits en l'absence de phénomènes invasifs : Furoxazide: Ercéfuryl[®], Tiliquinol : Intetrix[®]

☐ Traiter les symptômes associés :

- Anti-spasmodiques
- Antiémétiques

☐ Arrêt des médicaments si suspicion de diarrhée iatrogène.

Médicaments anti-diarrhéiques



❑ Ralentisseurs du transit :

- CI dans diarrhées invasives (risque de diffusion systémique par stase, prolongent la présence de germes pathogènes dans le T.D.).
- **Lopéramide** : Imodium®
1 gélule après chaque selle liquide [max 6-8/J] Risque de constipation voire de colectasie **en cas de surdosage**.
- **Oxyde de lopéramide** : Arestal® (2 comprimés, maximum 8/jour)

- **Diphénoxylate :**

Diarsed® (contient de l'atropine) (2-6/J)

Produit de synthèse proche de la péthidine.

- **Dérivés morphiniques :** leur utilisation reste exceptionnelle.

Elixir parégorique (teinture d'opium benzoïque) (5 à 40 mg/J)

Codéine (10 à 60 mg/J)

Codéthyline (éthyl-3-morphine) (6 à 30 mg/j)



□ Les adsorbants

- Ils adsorbent l'eau mais n'ont généralement qu'une action modérée sur la consistance des selles.

- Les argiles : Smecta®, Actapulgate®, Mucipulgate®

- Charbon activé (4-8 gr/J)



❑ Inhibiteurs de l'enképhalinase



- Antidiarrhéiques à action anti-sécrétoire (diminuent la production entérocytaire d'AMPc).
 - Racécadotril : Tiorfan® 100mg (1 gél x 3 / j).
 - CI si grossesse ou allaitement.

❑ Flore de substitution :



- Lactobacilles
 - Ultralevure® (Saccharomyces Boulardii)
- préconisé en cas de colite pseudomembraneuse ou de diarrhée postantibiotique pour ré-équilibrer la flore colique



❑ Somatostatine :

Stimule l'absorption au niveau des entérocytes, diminue la sécrétion intestinale (diarrhées chroniques rebelles). Extrêmement onéreuse, voie parentérale

- Réservée à l'usage hospitalier dans la diarrhée du SIDA.

Traitement de l'infection: les Antibiotiques

Antibiothérapie systématique : intérêt non prouvé

Indications de l'antibiothérapie

- Terrain : âges extrêmes de la vie, déficit immunitaire, drépanocytose, prothèse cardio-vasculaire ou ostéoarticulaire.
- Diarrhée très fébrile invasive (fièvre, sang sur les selles)
 - Sauf si prise récente d'antibiotiques
- Diarrhée cholériforme
 - Très sévère et de longue durée (>8 selles; > 1sem)
- Diarrhée avec complications





- **Syndrome dysentérique sévère :**
 - Fluoroquinolones $\pm$ cotrimoxazole, azithromycine
5 à 7 voire 10 jours.
- **Syndrome cholérique sévère :**
 - Doxycycline ou fluoroquinolone 1 à 3j , Erythromycine
- **Colite pseudomembraneuse:**
 - Métronidazole : 250 mg x 4 / j pt 10 j ou
 - Vancomycine : 125 ou 500 mg x 4 / j per os/ pt 10 j
- **Amibiase :**
 - Métronidazole : 500 mg x 3 / j pt 10 jours

Traitement préventif: hygiène oro-fécale

Hygiène des mains +++

- Du patient
- De l'entourage
- Du personnel soignant
 - Lavage des mains
 - Solution hydro-alcoolique



Si patient hospitalisé

- Chambre seule
- Surblouse, gants, chaise percée, gestion des selles

Cas particulier du voyage en zone tropicale



- **Prophylaxie individuelle**

- Utilisation exclusive d'eau capsulée, filtrée, portée à ébullition ou traitée (pastille). Pas de glace !
- Aliments cuits, pelés ou lavés (nettoyage soigneux des fruits/légumes par de l'eau traitée)
- Vaccins (typhoïde/cholera)



Conclusion



Problème de santé publique majeur dans le monde

Motif fréquent de consultation

Pathologie le plus souvent bénigne

Gravité chez les personnes âgées, immunodéprimés

Traitement : réhydrater, assister les malades à risque,
épaissir les selles, ne pas ralentir le transit

Désinfection non ciblée : peu d'intérêt